№ 2. Luty 1911 r. Rok VI.

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

POSWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

Prace oryginalne.

Influenza i jej wpływ na jamę ustną.

NAPISAŁ

M. Krakowski.

(Dokończenie. Zob. № 1).

Do cierpień, stojących blizko otoku jamy szczękowej i również stanowiących powikłanie influenzy, odnieść należy:

2) *Nerwoból nerwu trójdzielnego.* Obok bólów nadoczodołowych, towarzyszących grypie, dr. Sokołowski spostrzegał jeszcze jednocześnie istniejące nerwobóle różnych gałęzi nerwu trójdzielnego (zębowych i innych). Na nerwoból podczas przebiegu influenzy wskazuje również dr. Ciągliński (l. c.) O podobnych powikłaniach wspominają: Hugenchmidt, Richter i Franke [15]). Jak objaśniony zostałem przez pewnego lekarza, w klinice prof. Nothnagel'a w Wiedniu cierpienie nerwu trójdzielnego uważane jest jako ważny objaw, towarzyszący grypie. W wielu przypadkach, spostrzeganych przezemnie, zauważyłem, że nerw trójdzielny nie mało dokucza cho-

[15]) Archiv f. klinische Chirurgie. Bd. 59, № 3. Wojenno-Med. Żurnał № 12—1899 r. str. 1092.

rym, zapadłym na influenzę, szczególnie w początkach choroby. Powikłania ze strony nerwu trójdzielnego mogą występować nawet przy zębach zupełnie zdrowych. Bóle rozpromieniają się na sąsiednie narządy i zatokę szczękową. Występują po większej części jednocześnie z nerwobólem międzyżebrowym i mają charakter napadowy; są głębokie, jakby pochodziły z ucha. Bóle miejscowe w t. z. punktach bolesnych (*points douloureux Valleix'a* [16]) nie zawsze mają miejsce. W niektórych przypadkach bóle wyczuwane są w okolicy podniebienia i w zębach, aczkolwiek, jak wspomniano wyżej, te ostatnie nie są dotknięte próchnicą. Skurczów, które często towarzyszą nerwobólom, nigdy nie zauważono. Ostatecznie trudno jest wnioskować o patogenezie zaburzeń w nerwie trójdzielnym pod wpływem influenzy, Mogą one być skutkiem zmian materjalnych w samym nerwie lub też występować z przyczyny ogólnych zaburzeń ustrojowych. Niektórzy autorzy, między innymi i Franke, twierdzą, że przy grypie występuje zapalenie nerwów. Przekrwienie otoczki nerwowej może być wynikiem zaburzeń krążenia krwi w naczyniach głowy [17]). Rozszerzenie tych naczyń może stać się powodem nerwobólu.

Co się tyczy zaburzeń ustrojowych ogólnych, to te mogą zależeć od zatrucia organizmu jadem laseczników grypowych.

Mojem zdaniem, nerwobóle przy grypie powstają pod wpływem obu czynników: zaburzeń miejscowych i ogólno-ustrojowych. Jeden czynnik potęguje działanie drugiego.

3) *Nieżyt śluzówki jamy ustnej.* Podczas przebiegu grypy śluzówka jamy ustnej nie pozostaje bez zmian. Zmiany te mogą być uważane, jako powikłanie przypadkowe, występujące wśród szczególnie przyjaznych warunków lub też stanowią tylko obraz choroby ogólnej. Tak twierdzą Franke i Hugenschmidt (l. c.).

Zapalenie przedstawia się w dość licznych postaciach, które zależą od umiejscowienia i istoty cierpienia. Przy gastrycznych for-

---

[16]) N. trójdzielny posiada bardzo liczne punkta bolesne. Trzy z nich, najważniejsze, leżą, mniej więcej, w kierunku jednej linji pionowej, t. j. na wysokości wcięcia nadoczodołowego, dziury podczodołowej i dziury bródkowej (na dolnej szczęce). W znacznej liczbie przypadków uciskanie tych punktów nietylko powiększa lub wywołuje ból w częściach odległych, ale także sprowadza ból miejscowy.

[17]) Grubym gałęziom nerwu trójdzielnego, jak wiadomo, towarzyszą liczne naczynia krwionośne, które nawet wnikają w sam nerw.

mach influenzy zapalenie występuje wyraźniej. Śluzówka jest jasnoczerwona, na przednich łukach podniebiennych zaczerwienienie występuje wyraźniej. W tem miejscu błona jest bardzo bolesna przy dotknięciu; śluzówka na policzkach pęcznieje do tego stopnia, że na niej widoczne są odbicia zębów. Zaczerwienienie na podniebieniu niekiedy przedstawia się w postaci oddzielnych wysepek. Cała śluzówka jest bardzo sucha, pokryta obfitym cuchnącym nalotem; chorzy narzekają na dotkliwy, palący ból. Nieżyt śluzówki przechodzi niekiedy w owrzodzenie; ma ono dno utworzone przez tkankę podśluzową; granice są dość wyraźne, brzegi niewywinięte. Owrzodzenia po kilku dniach mogą się zabliźnić. U dwóch sióstr, które przebyły grypę, zauważyłem, prócz wyraźnie rozwiniętego nieżytu jamy ustnej, w wielu miejscach (na wargach, języku, policzkach) *afty*, które tworzyły szarawe, różnej wielkości grudki, dość bolesne i pokryte nieco nabłonkiem. Wewnętrzny związek tego miejscowego cierpienia z grypą zasadza się głównie na jednoczesnem jego pojawieniu się, co każe się domyślać wspólnej przyczyny. Wobec braku jednak w tym kierunku ściślejszych poszukiwań patologicznych istnieje jeszcze wiele luk. Sądzę, że nieżyt śluzówki jamy ustnej stanowi proces kontynuowany z sąsiednich narządów (nosa, gardzieli, krtani), gdzie cierpienie śluzówki stanowi, według wszystkich autorów, ważny objaw, towarzyszący grypie. Rozmaity jednak przebieg zapaleń, owrzodzenia oraz afty nie znalazły jeszcze wytłumaczenia; spornem jest, czy powstają one wskutek toksycznego działania swoistego lasecznika, czy też wskutek wtargnięcia innych drobnoustrojów.

4) *Zapalenie dziąseł.* Przebieg nieżytowego zapalenia śluzówki jamy ustnej nie pozostaje bez widocznego wpływu na dziąsła. Ostatnie również podlegają zapaleniu, które ulega znacznym odmianom w miarę tego, w jakiej formie występuje obraz nieżytu śluzówki jamy ustnej. Proces ten ma skłonność do występowania na nowo, szczególnie przy sprzyjających warunkach (przy obecności pieńków, kamienia nazębnego i t. d.), nawet po ustąpieniu nieżytu śluzówki. Zapalenie dziąseł występuje nawet, gdy zęby znajdują się w zupełnie dobrym stanie. Nie jest ono trudne do rozpoznania. Na pierwszy rzut oka dziąsło przedstawia się silnie zaczerwienionem, rozpulchnionem; brodawki międzyzębowe napęczniałe, podniesione, przy dotknięciu krwawią. W dziąsłach wyraźna nadczułość, która przy silniejszem dotknięciu przecho-

dzi w znaczny ból. Niekiedy choroba przechodzi w stan przewlekły (w 2 przypadkach spostrzeganych przezemnie). Zaczerwienienie wprawdzie ustępuje, ale zostaje na samych brzegach dziąseł nalot, który po zdjęciu powtórnie się wytwarza.

5) *Zapalenie języka.* Zapalenie języka, zależne prawdopodobnie od tych samych przyczyn, co wyżej pomienione cierpienie, bywa *powierzchownem.* Zmiany anatomiczne i objawy kliniczne łączą się ze zmianami i objawami zapalenia śluzówki jamy ustnej, którym towarzyszą. Na zaburzenie ze strony języka zwrócili uwagę Sokołowski (l. c.), Ciągliński (l. c.), Richter (l. c.). Język bywa zwykle pokryty szarawym nalotem, boki jego mają silnie zaczerwienioną śluzówkę, napęczniałą do tego stopnia, że uwidoczniają się na niej odciski trzonowych zębów. Na podstawie języka brodawki stają się skurczonemi i czerwonemi. Zmętnienia lub odłuszczenia nabłonka nie zauważono. Osobiście nie uważam, jak niektórzy autorzy, stanu języka za ważny objaw rozpoznawczy. Prawidłowego stosunku pomiędzy gwałtownością choroby (przy wysokim stopniu gorączki, dreszczach i t. d.) a zmianami na języku niema.

6) *Zapalenie gruczołu przyusznego.* Niekiedy dają się zauważyć zaburzenia ze strony ślinianki przyusznej. Na powikłanie tego rodzaju zwracają uwagę różni autorzy (Ziemssen i in.). W jednym przypadku Sokołowski spostrzegł zapalenie obustronne ślinianki, które jednak do ropienia nie doszło. Podobny przypadek przytacza Ciągliński (l. c.). Prawdopodobnie, cierpienie to jest *objawem* i powstaje z przyczyn nieżytu śluzówki jamy ustnej, który *per continuitatem* po przewodzie rozszerza się na śliniankę i tu wywołuje podrażnienie. Gruczoł i tkanka, naokoło leżąca (*regio parotidea*), są obrzmiałe; skóra barwy normalnej. Obrzmienie bywa bez żadnego stwardnienia, bez elastycznej odporności. Chorzy narzekają na ból w stawie szczękowym i przy otwieraniu ust. Cierpienie po kilku dniach przechodzi. Ilość śliny powiększa się. Ślina ma konsystencję gęstawą i łatwo ciągnie się w nici. Odczyn po większej części kwaśny.

7) *Zęby, ozębna, okostna i kości szczękowe.* Powikłania ze strony zębów nie są rzadkie. Występują one samoistnie, lub też jednocześnie z bólami neuralgicznymi. Objawu tego nie należy jednak uważać za stały. Jak to zwrócili również uwagę Richter i Legier-Dorez, bóle powstają niekiedy w zębach zupełnie niespróchniałych. Prze-

bieg cierpienia w ogólności przypomina zapalenie miazgi zębowej, a niekiedy ozębnej; stanowi on, prawdopodobnie, powikłanie *zbiorowe*, wynikłe pod wpływem jadu, jako wewnętrznego bodźca, lub też powstaje wskutek rozmaitych cierpień miejscowych w jamie ustnej które wywierają bezpośredni swój wpływ na miazgę zębową i ozębną (*pulpitis et periodontitis externa*). Bóle są dość gwałtowne i niekiedy ustępują nagle, by w krótce znowu powrócić. Wprawiają one w podrażnienie całą połowę szczęki. Zęby niesłychanie są czułe na najmniejsze dotknięcie. U ludzi starszych i nerwowych widzimy, szczególnie przy silniejszej formie grypy, dość znaczne rozchwianie się zębów, aczkolwiek przedtem zęby siedziały mocno. Objaw ten powstaje, prawdopodobnie, z przyczyny zapalenia ozębnej, które w przypadkach przewlekłych, szczególnie przy obecności pni, wywołuje cały obraz zapalenia okostnej i kości szczękowych. Na powikłania podobne zwrócili uwagę Hugenschmidt i Franke. Występuje też tak zwane *osteo-periostitis* z wszystkimi objawami: obrzmienie znaczne, skóra zaczerwieniona, bóle tępe, wiercące, powiększające się szczególnie w nocy. Przy nacisku występuje silny ból. Niewiadomo ostatecznie, jakie drobnoustroje wywołują powikłanie ze strony kości podczas przebiegu influenzy. Franke przypuszcza, że *osteo-periostitis* wywołują laseczniki Pfeiffer'a lub ich toksyny. Przypuszczać jednakże należy, że paciorkowce (streptokoki) i gronkowce (staphylokoki) nie pozostają bez wpływu na powstawanie cierpienia kości.

KAZUISTYKA.

I) M. N. 45 lat mająca, od paru dni cierpi na influenzę i leży w łóżku. Ponieważ wystąpiły bóle zębów, zostałem wezwany do usunięcia chorego zęba. Pacjentka czuła się ogólnie osłabioną; wieczorami występują dokuczliwe bóle w zębach obu szczęk, jak również w jamach nosowych i szczękowych.

Na pierwsze wejrzenie pacjentka wydawała się anemiczną; na twarzy widoczny był wyraz zmęczenia.

Oględziny jamy ustnej wykazało następujące zmiany: brodawki na języku nieco powiększone; śluzówka brzegów i dolnej powierzchni języka zaczerwieniona i czuła na najmniejsze dotknięcie. Dziąsła tuż obok szyjek zębów nieco rozpulchnione, łatwo krwawią. W obu szczękach brak kilku zębów (pieńków niema). Wogóle jednak zęby są w dość dobrym stanie, pokryte słabą warstwą kamienia i papkowatego nalotu. W zębie mądrości dolnej szczęki po stronie prawej ubytek próchnicowy na miażdżącej powierzchni, proces próchnicowy zaledwie zajął szkliwo

i powierzchowne warstwy zębiny; termiczne i mechaniczne bodźce nie wykryły zmian w miazdze zębowej.

Jak wspomniano wyżej, pacjentka doznaje silnych bólów zębów i to od chwili położenia się do łóżka. Bóle te, wprawdzie, nie mają bardzo gwałtownego charakteru, lecz zwarcie szczęk jest utrudnione i bolesne. Bóle nie mają charakteru napadów, lecz występują w postaci ciągnącego bólu, który się coraz bardziej powiększa. Po możliwem wyłyżeczkowaniu i odkażeniu wspomniany ząb spróchniały został tymczasem zaplombowany gutaperką. Ponieważ zęby dokuczały w dalszym ciągu, pacjentka prosiła o usunięcie wspomnianego zęba, który, jak sądziła, był powodem dokuczliwych bulów.

I ten zabieg nie poskutkował. Po przejściu choroby ogólnej bóle znikły po zastosowaniu antipyryny i salicylanu sodu. Zapalenie dziąseł trwało jeszcze czas jakiś.

II) NN. krawcowa, l. 30, anemiczna i osłabiona, od paru dni zapadła na influenzę. Objawy wystąpiły szczególnie ze strony dróg oddechowych: silny kaszel, chrypka. Ciepłota nieznacznie się podniosła. Nieodłącznym towarzyszem cierpień ogólnych był dość dokuczliwy ból w jamach szczękowych. Pacjentka odczuwała jakby rozpychanie kości. Bóle były tępe i głębokie; ból w zębach był wyczuwalny tylko w górnej szczęce. Nic szczególnego w jamie ustnej nie wykryłem. Dawki antipyryny uśmierzyły bóle.

III) Józef S. odźwierny, l. 40, dość dobrze zbudowany, odczuwał od niejakiego czasu silne kłucie w boku. Do kłucia dołączyły się bóle głowy, gorączka i suchy kaszel. Rozpoznano (dr. Teszner) grypę. Po zaordynowaniu środków przeciwgorączkowych pacjent czuł się nieco lepiej, lecz po kilku dniach wystąpiły silniejsze, niż przedtem bóle głowy. Rozpromieniły się one jednocześnie na ucho (lewe), oko i zęby obu stron. Bóle w zębach nie miały charakteru napadowego. Bolesność ich wzmagała się i powtarzała przy najlżejszem dotknięciu twarzy. W jamie ustnej szczególnych zmian nie było. Zębów brak kilku. Reszta pokryta brudnym nalotem. Śluzówka zaczerwieniona, język obłożony, brodawki grzybkowate powiększone. Dziąsła w stanie przekrwienia i bolesne na dotknięcie tępem narzędziem. Ciepłe okłady, płukania, a także fenacetyna po kilku dniach uśmierzyły bóle.

IV) Janek S., 12 l. mający, syn poprzedniego pacjenta, dobrze rozwinięty, od kilku dni gorączkuje i kaszle ochryple; kilkakrotnie wymiotował. Przy badaniu przez terapeutę nic szczególnego w narządach wewnętrznych nie znaleziono. Rozpoznano grypę. Dreszcze powtarzały się kilkakrotnie. Po przyjęciu olejku rycynowego ciepłota nieco się zmniejszyła, ale wystąpiły powtarzające się często dreszcze, bóle głowy, szczególnie wieczorami. Po zażyciu antipyryny dreszcze ustały, lecz bóle głowy trwały dalej. Pacjent zwymiotował powtórnie podany olejek rycynowy. Chory narzekał na obfitą wydzielinę z nosa, *kłucie w twarzy* i pieczenie w jamie ustnej. Pieczenie to następnie przeszło w piekący, tępy ból; zwarcie szczęk uniemożliwione. Przy badaniu jamy ustej znalazłem: brak dwóch dolnych pierwszych molarów, które przedtem w różnych odstępach czasu wyjąłem; w górnych siekaczach próchnica powierzchowna. Reszta zębów pokryta dość grubą warstwą kamienia i szarawą papkowatą masą. Śluzówka jamy ustnej zaczerwieniona; język obłożony, suchy. Języczek nieco obrzmiały, migdały nieco powięk-

szone. Stan ten jamy ustnej i bóle zębów trwały przez cały czas choroby. Miejscowe stosowanie leków niewiele pomagało.

V) H. T. 36 l. mająca, wątła, słabo rozwinięta, podczas zapadnięcia na grypę narzekała na bóle w górnych przednich zębach, aczkolwiek te ostatnie były zupełnie zdrowe. Śluzówka jamy ustnej przedstawiała typowy obraz nieżytu. Język suchy, obłożony szarawą papką; brodawki uwydatnione. Dziąsła, szczególnie w dolnej szczęce, były znacznie rozpulchnione, łatwo krwawiły. Na 6 dzień choroby na wargach, śluzówce policzków i języka wystąpiły szarawe punkciki, bardzo bolesne, szczególnie podczas przyjmowania płynnych pokarmów. Punkciki te wkrótce się rozszerzyły i wytworzyły rodzaj zagłębień o nieprawidłowych brzegach, pokrytych szarawym nalotem. Po słabem przypalaniu owrzodzenia niewiele się zmniejszyły i znikły dopiero po kilku tygodniach.

VI) P. W. blizko l. 40 mająca, rodzona siostra wyżej przytoczonej pacjentki, mężatka, niejednokrotnie cierpiała na influenzę, wskutek czego jest bardzo osłabiona. Przy końcu ostatniego napadu grypowego w pozostałych pniach dolnych lewych trzonowych zębów wystąpiły dość silne tępe bóle, lewy policzek spuchł. Na bokach języka pokazały się afty wielkości główki zapałki, z początku dość bolesne. Afty te, według orzeczenia jednego z terapeutów, powstały wskutek zepsutych pieńków, które radził usunąć. Po wyjęciu pni policzek nieco więcej spuchł, lecz przy naciskaniu niebolesny. Pomimo tej operacji, afty przez czas długi nie schodziły z języka. Nadmienić tu wypada, że pacjentka podobnego cierpienia w jamie ustnej nigdy przedtem nie zauważyła.

VII) N N., mieszkaniec Radomia, zwrócił się do mnie, narzekając na wydzielanie się ropy z lewego nozdrza, a także podczas odchrząkiwania. Z wywiadów dowiedziałem się, że pacjent przez dość długi czas chorował na influenzę z wysoką gorączką i nieżytem dróg oddechowych. Podczas przebiegu grypy pacjent doznawał bólów w postaci kłucia w lewej połowie twarzy, w lewem uchu i w górnych zębach po lewej stronie. Wydzielanie się ropy pacjent zauważył przy końcu choroby. Ponieważ przypuszczano, że sprawa umiejscowiona jest w jamie szczękowej i że powodem cierpienia jest korzonek lewego I dwuguzkowca, doradzono ten ostatni usunąć. Pacjent, będąc w Warszawie, przypadkowo zgłosił się do mnie, w celu usunięcia wzmiankowanego pnia. Oględziny jamy ustnej nie wykryły szczególnych zmian. Brak kilku zębów, reszta w zaniedbanym stanie. Dziąsła w stanie przekrwienia, kamienia nazębnego dużo. Z lewego pierwszego dwuguzkowca pozostał nieznaczny odłamek korony, dość lekko i powierzchownie siedzący w rozpulchnionem dziąśle. Korzeń, prawdopodobnie, już dawno był wyjęty. Odłamek pincetką był usunięty. Sondowanie rany nie wykryło większego zagłębienia ani kanału. Nie przypuszczając by wzmiankowany odłamek mógł być sprawcą ropotoku, odesłałem pacjenta do specjalisty, lecz ten po powierzchownem zbadaniu oznajmił pacjentowi, że nic szczególnego niema. Inaczej jednakże sądził sam pacjent, udawszy się do d-ra O. Widząc, że ropotok trwa w dalszym ciągu, dr. O. wykonał trepanację zatoki szczękowej ze strony zębodołu dwuguzkowca. Po tygodniu w otwór założony został dren, wykonany z wulkanizowanego kauczuku, po czem pacjent wyjechał do domu.

Spostrzegałem jeszcze wiele przypadków, podobnych do wyżej przytoczonych, lecz nie przytaczam ich ze względu na podobieństwo ich do wyżej opisanych.

Dział sprawozdawczy.

6) **Dr. Warnecke** (Hanower). **Stosunek pomiędzy ortodontją a otorynologją. Kiedy rozrost migdałów gardłowych ma być operowany?** (Zeit. für Z-che Orthopädie 9 r. ub.).

Autor, znany specjalista chorób uszu, nosa i gardła, podaje krótkie uwagi w powyższej sprawie.

Najważniejszą okolicznością, o ile ta dotyczy zakresu pokrewnego ortodontji i rynologji, jest pytanie, kiedy należy przystąpić do operacji: czy *przed* czy też *po* regulacji, czy też można się obejść bez niej zupełnie. Rozstrzygając je w sensie konieczności operowania, oprócz odontologa i rynologa należy jeszcze liczyć się z opinją otologa, którego głos w danym przypadku ma najważniejsze znaczenie.

Rozrost migdałów gardłowych (jak również podniebienia), wskutek zwężenia kanałów nosowych, powoduje oddychanie przez usta, zmianę kształtu szczęki, a w następstwie i zębów, stanowi przyczynę zapalenia gardła, krtani i innych poważnych chorób górnych dróg oddechowych; prócz tego rozrost przechodzi i na ujścia trąbek gardłowych, wywołuje skurczenie się błony bębenkowej i przytępienie słuchu bez zmian zapalnych w uchu środkowem, a jeszcze częściej wywołuje ostre zapalenie uszu, powodujące mniej lub więcej ciężkie powikłanie. Objaw ten przy szkarlatynie i odrze oraz zapalenie uszu występują częściej i w cięższej postaci u dzieci z rozrostem migdałów gardłowych, aniżeli u dzieci z wolną jamą nosowo-gardłową.

Nie należy liczyć na to, że w porze pokwitania rozrost migdałów ulega jeszcze samoistnemu zmniejszeniu; szkody, wyrządzone przez rozrost w uchu i innych poblizkich narządach przed tym okresem, w następstwie prawie nie są do powetowania. Przytem dowiedzionem jest, że u dorosłych znacznie zwiększone migdały gardłowe (drobne rozrosty, nie wywołujące niedomagań, a zatem nie wymagające operacji, nie są brane pod uwagę) nie podlega samoistnemu zmniejszeniu, pomimo że nie szczędzi się operacji gruczołów w wieku dziecięcym. Gdyby podobne przemiany wsteczne nie ulegały żadnej wątpliwości, zbadanie w następstwie u dorosłych powinnoby wykazywać stale gładką jamę nosowo-gardłową, co absolutnie niema miejsca.

Herbst ma najzupełniejszą słuszność, wnioskując co do operacji: „byłoby nadto śmiałem ustalić ogólną zasadę; trzeba w każdym oddzielnym przypadku rozstrzygać, czy konieczna jest krwawa operacja, czy też nie". We wszystkich przypadkach dentysta nie powinien rozpoczynać regulacji, mając na widoku przedewszystkiem osiągnięcie pomyślnego skutku co do oddychania przez usta; powinien on bezwarunkowo odbyć naradę z oto-rynologiem, żeby nie brać na siebie odpowiedzialności za uszkodzenie ucha, przypadkowo wywołane przez opóźnienie operacji.

Rynolog, operujący rozrost gruczołów nawet bez szczególnego powodzenia, być może, przez operację zabezpieczy uszy od dalszego uszkodzenia i to nawet w tym przypadku, jeżeli w stosunku do oddychania przez usta z powodu poprzednio powstałej defiguracji szczęk a wraz z nią i zębów nie otrzyma się pożądanego zewnętrznego wyniku. W większości przypadków jednak dobry skutek osiągnięty będzie i pod innym względem: z wyjątkiem przypadków chronicznych zmian w szczękach i zębach osiąga się możność swobodnego zamykania ust.

Przypadki defiguracji skierowywane są do dentysty *po operacji*, dentysta zaś czyni najodpowiedniej, kierując pacjenta ze stwierdzonemi defiguracjami do oto-rynologa *przed regulacją*, co też się praktykuje już od kilku lat wcale nie ze szkodą dla pacjenta. *N.*

7) Dr. Rousseaux-Decelle. Wypadanie włosów a choroby zębów (Presse médicale. Ref. Zub. Mir 6 r. z.).

Wypadanie włosów na pewnych częściach skóry głowy zauważyć się niekiedy daje przy chorobach zębów, przytem włosy wypadają po tej samej stronie, gdzie znajdują się zepsute zęby. Np. przy psuciu się zębów mądrości włosy wypadają na potylicy odpowiedniej strony. Najczęściej przyczyną wypadania włosów jest choroba zęba, połączona z cierpieniem dziąsła (ropotok i t. p.). Niekiedy zauważyć można i inne objawy np. nadczułość szczęki oraz podwyższenie ciepłoty tej części w porównaniu z przeciwległą. Ucząstki skóry, na których włosy wypadają, są wyraźnie odgraniczone i zwykle nieznaczne. Rokowanie jest pomyślne; po zmianie stanu zęba włosy szybko wyrastają ponownie. W jednym przypadku u chorego, u którego wypadały włosy po lewej stronie potylicy, wyjęto lewy zepsuty ząb mądrości, jednak w ciągu roku polepszenie nie nastąpiło. Okazało się, że jeden z ko-

rzeni pozostał. Po usunięciu tegoż nastąpiło wyzdrowienie. W drugim przypadku u takiegoż chorego było kilka chorych zębów po prawej stronie, a jeden po lewej (ropotok). Do leczenia ostatniego autor zastosował rozczyn kwasu siarczanego. W 5 dni potem proces choroby, który u chorego przez 4 lata zajmował tylko prawą połowę głowy, przeszedł i na lewą. Wtedy ząb wyjęto, i po 2 miesiącach po lewej stronie włosy wyrosły ponownie. Po prawej stonie żadnych zmian nie zaszło. Prawdopodobnie, ze wszystkich przypadków częściowego wypadania włosów (*alopecia areata*) około jednej trzeciej należy do kategorji odruchowych, wywołanych chorobą zębów. *K.*

8) **Dr. Kelsey W. F. Gruźlica a choroby zębów** (Dental Review, Zub. Mir. 16 r. z.).

Gruźlica najbardziej może ze wszystkich chorób ogólnych ujemnie wpływa na odżywianie się tkanek. Pod tym względem zębina nie stanowi wyjątku, i każdemu, nawet nie specjaliście, znany jest ścisły związek pomiędzy zdrowym stanem organizmu a sprawnością uzębienia. Dentyści bardzo często konstatują próchnicę oraz nietrwałość zębiny wogóle u osób, cierpiących na gruźlicę lub do niej usposobionych. A tymczasem fakt, że ścisłe zbadanie zębów może być pomocne przy prawidłowem rozpoznaniu choroby, dotąd jest jeszcze lekceważony, chociaż wiadomem jest, że brak soli wapiennych w kościach, wynikający z nienormalnego odżywiania się tkanek, również zgubnie odbija się na zębinie, która wskutek niedostatecznego zwapnienia odznacza się miękkością. Według d-ra Ferrier'a, brak soli wapiennych w organizmie występuje niekiedy tak znacznie, że uwydatnia się w postaci obniżania się wagi ciała, zmiana ścisłości tkanek zaś, zależna od wchłaniania lub zniszczenia tych części składowych, rozwija się wraz z chorobą i jest najbardziej dostępna do zbadania właśnie w jamie ustnej. Każde pogorszenie się ogólnego stanu organizmu natychmiast sprowadza wzmożenie się próchnicy i przeciwnie — wraz z polepszeniem spostrzega się pomyślną zmianę w zębach. Niedostatecznie trwałe zęby, jako wynik upadku ogólnego odżywiania się tkanek, ze swej strony dostarczają pokarmu rozmaitym drobnoustrojom chorobotwórczym, które wywołują zaburzenia w trawieniu i powiększają objawy chorobowe, które były początkowym powodem niedomagania. Usta zdrowego nawet człowieka są doskonałem ogniskiem do rozwoju żywotnej działalności drobno-

ustrojów, tembardziej więc urodzajne pole dla mnóstwa bakterji stanowią usta chorego na gruźlicę.

Miller w typowo-chorej jamie ustnej znalazł więcej jak tysiąc miljonów bakterji. Z każdym łykiem mirjady tych drobnoustrojów dostają się do przewodu pokarmowego, znajdującego się często w stanie zapalnym. Sok żołądkowy nie może zniszczyć całej tej armji mikrobów, wśród których znajdują się wszystkie gatunki ziarnkowców a nawet laseczniki Koch'a; powstaje więc powtórne zakażenie, znacznie powiększające ogólne objawy choroby.

Jak twierdzi dr. Dodde, niezależnie od posocznicowego zakażenia drogą ust i zębów, bezwarunkowo istnieje wtórne (secondary anemna), połączone z upadkiem energji i znacznem zanieczyszczeniem całego przewodu pokarmowego, jako wynik zakażenia jamy ustnej. W tym przypadku obok słabych zębów często spotyka się owrzodzenie języka pochodzenia gruźliczego; szczególnemi oznakami tegoż są otaczające je żółtawe punkciki, które częstokroć brane są za wyloty folikularne, gdy zaś w rzeczywistości są to drobniutkie ropnie, które następnie zlewają się z głównem owrzodzeniem. Rozwijają się one bardzo powoli, co jest wogóle właściwością gruźlicy. Gdyby nie szarawa powierzchnia i żółtawe punkciki, łatwo możnaby je zmieszać z szankrem przymiotowym, aczkolwiek wręcz przeciwnie rzadko wywołują one opuchnięcie gruczołów. Wrażliwość ich bywa niekiedy tak znaczna, że nie znoszą najmniejszego dotknięcia się obcego ciała, nawet pokarmu, lecz zabliźniają się bardzo szybko, chociaż zawsze można się obawiać ich nawrotu. Jednem z najpoważniejszych powikłań cierpień zatoki szczękowej jest gruźlica, a uszkodzenia okostnej na tle gruźlicy powodują bardzo poważne następstwa. Pierwszy objaw zapalenia okostnej—wrażliwość, której towarzyszy większe lub mniejsze obfite wydzielanie się ropy przy szyjkach zębów, a niekiedy z wylotu przetoki zewnętrznej; przy najracjonalniejszem leczeniu nie zawsze można zapobiedz martwicy większej części wyrostka zębodołowego, która może doprowadzić do obumarcia szczęk, przeważnie dolnej, jako częściej atakowanej.

Opierając się na znanych objawach przy rozpoznawaniu gruźlicy, lekarze zupełnie nie zwracają uwagi na stan jamy ustnej, a często zalecane przez nich leki sprzyjają dalszemu psuciu się zębów. Tymczasem w większości przypadków daje się zauważyć rozprzestrzenia-

jące się zniszczenie; cuchnący oddech, nadczułość zębiny, obnażanie miazgi i ropnie przeszkadzają żuciu, powodują bezsenność i sprzyjają w ten sposób rozwojowi niepomyślnych objawów choroby. Pierwszą troską dentysty powinno być uśmierzenie bólu, następnie usunięcie cuchnącej woni jakimkolwiek płukaniem przeciwgnilnem. Do zobojętniania kwaśnych wydzielin pożyteczna jest soda, a do powstrzymania próchnicy argentum nitricum, głównie na szyjkach zębów. Samo przez się rozumie się, że koniecznem jest gruntowne oczyszczenie zębów i doprowadzenie całego uzębienia do normalnej czynności. Materjały do plombowania powinny odpowiadać specjalnym warunkom. Gutaperkę stosuje się na miejscach, nie podlegających tarciu, amalgamat jest lepszy od plomb złotych, fosfat-cementy—tylko jako środek ostateczny. Dostawki powinny być starannie i uważnie obmyślane, lecz na to niema przepisów ogólnych; każdy przypadek ma swoje właściwości.

Jednem z ważniejszych zadań lekarza powinno być umiejętne przekonywanie pacjenta o konieczności hygienicznego utrzymania jamy ustnej, które sprzyja wzmocnieniu stanu ogólnego, ten zaś znowu pomyślnie wpływa na stan uzębienia. Należy także zwrócić uwagę na pokarmy i przyznać pierwszeństwo tym, które zawierają dużą ilość soli wapiennych, jak naprzykład: mąka owsiana, czerstwy lub suszony chleb, ryż, jajka, wody mineralne; nie mniej ważnem jest wykazać szkodliwość rozmaitych słodyczy, np. miodu, dalej ostrych sosów (przypraw), wódki, kwaśnych owoców. Mleka w dużych ilościach również nie można zalecać, ponieważ, pomijając, że może pochodzić od gruźliczej krowy, samo przez się może ono bezpośrednio źle oddziaływać na zęby, wskutek formowania się kwasu mlecznego pod wpływem fermentacji. Kwas mleczny jakoby posiada własność neutralizowania soli wapiennych w organizmie, z czego w rezultacie powstaje rozmiękczenie tkanki kostnej i znaczna skłonność do próchnicy zębów. Według teorji Miecznikowa nieszkodliwe bakterje mleczne niszczą szkodliwe mikroby, zakażające przewód pokarmowy i sprowadzające chroniczne zatrucie organizmu przez swe działanie toksyczne, co znacznie skraca życie normalnego człowieka.

Początki gruźlicy częstokroć stwarza szkoła, dzięki zwykłemu przepełnieniu, niedostatecznej wentylacji i wogóle ujemnym warunkom hygienicznym; dlatego też, pomijając to, że wogóle dzieci

powinno się uświadamiać o konieczności utrzymywania w czystości jamy ustnej, o tem że każde powinno mieć własne ołówki, książki i t. p.; co do dzieci, mających usposobienie do gruźlicy, główne starania powinny być skierowywane nie tyle ku wykształceniu, ile ku racjonalnemu wychowaniu fizycznemu na świeżem powietrzu, wzmacniającem siły.

Operując w ustach chorych na gruźlicę do pewnego stopnia rzeczywiście jesteśmy narażeni na zarażenie, ale na szczęście większość ludzi posiada dostateczną odporność, tak że przy pewnej ostrożności, niebezpieczeństwo może być całkowicie usunięte lub przynajmniej doprowadzone do minimum. *K.*

9) **Dr. Schaeffer. Magnal (magnalium)** (Zahntechn. Ref. 12 r. z.).

Metal magnal składa się z glinu (aluminium) i magnezu, c. gatunkowy = 2,4—2, 57 i wskutek tego przywyższa glin. Magnal miał dotąd szczupłe zastosowanie w technice dentystycznej, wobec tego że trudno poddawał się lutowaniu; stosowany był w formie płytek, klamer i wkładek, wytłaczanych lub odlewanych.

Od czasu wprowadzenia systemu odlewania mamy możność wogóle odlewać płytki, dostawki mostkowe, koronki i t. d. Przy tym systemie możemy umocowywać zęby na płytce bez lutowania ich, co usuwa możliwość pękania zębów.

Magnal specjalnie na użytek techniki dentystycznej wyrabia się w formie płytek trzech rozmiarów, podzielonych na kwadraty w celu umożliwiania rozcinania na cząstki. Wobec tego można łatwo odcinać potrzebną ilość do odlewania koron, płytek lub mostków. Ze 100 grm. magnalu można odlać od 7 do 14 płytek, zależnie od rozmiaru tychże.

Początkujący powinien najprzód odlewać maleńkie dostawki, w celu uzyskania należytej wprawy, a następnie stopniowo przechodzić do odlewania większych wyrobów.

Technika odlewania w ogólnych zarysach pozostaje ta sama, jeśli nawet wypada zaznajamiać się dopiero z aparatem, w celu otrzymywania prawidłowego odlewu. Odlew, naprzykład, przy pomocy aparatu „*Z. I*—Gussapparatu" (Kitza) wykonywa się w ten sposób: po dokładnem osuszeniu zapakowanej koronki, mostku lub płytki, tak że wydzielanie pary zupełnie ustało, wkładamy dostatecznie duży kawałek magnalu i topimy go, doprowadzamy prawie do czerwoności (magnal

topi się przy 660°C.). Lekko zdejmuje się następnie pozostałą warstwę tlenków. Roztopiona masa nie powinna występować nad poziom pierścienia do odlewania, w przeciwnym razie metal przy topieniu rozpryskuje się.

Ćwieczkowy ząb, koronkę lub płytkę można w ten sposób odlać w 5 minut. Dostawkę częściową z 3—4 zębami można wykonać od początku do końca w ciągu $1^1/_2$—2 godzin. Otrzymuje się ją do tego stopnia mocną i przytem lekką, że trudno ją złamać, o ile, naturalnie, odlew był udatny.

Głównemi zaletami magnalu w porównaniu z innymi metalami są: lekkość jego i taniość; nie ulega on zmianom w ustach, jest trwały i bezwonny. Dlatego też trzeba przyznać, iż magnal jest idealnym metalem w technice dentystycznej i zczasem zupełnie wyruguje kauczuk z naszego laboratorjum. *K.*

10) Syphilis insontium (przymiot niewinnych). W pracy pod powyższym tytułem dr. O. Scheuer (Berlin. Urban i Schwarzenbach) zestawia przypadki niepłciowych zmian pierwotnych, ogłoszone w ostatnich 13 latach. Jest ich 5679. Z tych zakażenie powstało przez szczepienie w 272 przyp., przez pocałunek w 191, przez karmienie dzieci w 169, przez zawód lekarski w 168 przyp. Największa liczba zmian pierwotnych, bo *1431 dotyczyła warg ust*, 599 migdałków, — 268 — piersi i brodawki piersiowej, 335 zmian było na palcach. Razem ze spostrzeżeniami, które dawniej zebrali Bulkley, Müncheimer i Fournier, w literaturze światowej opisanych jest 20010 nie na narządach płciowych umiejscowionych zakażeń syfilitycznych (Przegl. ch. skórn. i wen. 9 r. z.). *K.*

11) Osokin G. Dr. W sprawie wysokiego podniebienia w związku z przerostem migdałków gardłowych i innemi przyczynami wskutek oddychania przez usta (Rzecz odczyt. na XI Pirogowskim zjeździe lekarzy rosyjskich. Dziennik zjazdu).

Wysokie podniebienie jedni autorzy tłumaczą jako objaw oddychania przez usta, inni jako stan wrodzony wązkiej i podłużnej twarzy. W celu wyjaśnienia związku pomiędzy oddychaniem przez usta a wysokiem podniebieniem, przytoczono kilka teorji: o wywieraniu ciśnienia na górną szczękę przez skurczoną muskulaturę policzków przy nawpół otwartych ustach, teorja upośledzenia rozwoju jamy nosowej i wreszcie teorja o ciśnieniu fali powietrza. Referent uważa,

że wysokość podniebienia znajduje się w związku z oddychaniem przez usta, i w badanych przez siebie przypadkach nie mógł stwierdzić przyczynowej zależności wysokiego podniebienia od podłużnej twarzy. Badano ogółem 240 dzieci, w ich liczbie 100 chłopców z Domu Sierocego w Gatczynie. Oddychanie przez usta stwierdzono u chłopców z ochrony w Gatczynie w 25% przypadków, a w materjale z kliniki prof. Simanowskiego w 45%. Referent znajduje, że podniebienie staje się mniej lub więcej wysokiem w zależności od rozwoju wyrośli gruczołowych (adenoide). Nawet przy oddychaniu przez nos wyrośle przyczyniają się do powstawania wysokiego podniebienia. *K.*

12) O czterech komplikacjach otoku zatok nosowych z zejściem śmiertelnem (Zub. D. 9, 10 r. z.). Artykuł zawiera opis kilku przypadków otoków okołonosowych, zakończonych śmiercią. 1) U chorego po wyjęciu trzonowca powstał otok jamy szczękowej. Po upływie $2^1/_2$ lat cierpienie skomplikowało się przez ogólne zakażenie: wystąpiło zapalenie śluzówki jamy ustnej, gorączka, zapalenie oskrzeli, zap. przyusznicy. Szóstego dnia po przyjęciu do kliniki—*exitus laetalis*. Sekcja wykazała ropne zapalenie żył zatoki szczękowej. 2) Choroba z ostrym otokiem lewej zatoki czołowej; po 12 dniach od początku choroby, przy ciągłym gorączkowym stanie, raptowny zapad, a po upływie 3 godzin — *exitus*. Sekcja wykazała ropień mózgowy w prawej czołowej części (chociaż otok był z lewej strony). 3) Chory cierpiał przez długie lata na katar ropny. Na kilka dni przed przyjęciem do kliniki ropotok z nosa nagle ustał. Powodem przyjęcia do kliniki—gorączka, ogólne osłabienie, bóle głowy. Niezwłocznie wykonano radykalną operację czołowej, sitowej i podstawowej zatok po zajętej stronie. Wszystkie zatoki, jak się okazało, były wypełnione ropą. Na drugi dzień stan chorego pogorszył się. Przekłucie lędźwiowe dało mętny płyn. Powtórna operacja: próbne przecięcie *durae matris*; nie stwierdzono nic patologicznego; odsłoniono dodatkowe zatoki po drugiej stronie; one też okazały się zropiałemi. *Exitus* następnego dnia. Sekcja wykazała *meningitis* postawy mózgowej. 4) Chory z ostrym katarem uległ, jako komplikacji, otokowi lewej zatoki szczękowej i obu czołowych. Po 2 tygodniach od początku choroby, w nocy, wystąpiły silne bóle głowy i gorączka. Na drugi dzień zrobiono wewnątrznosowe przecięcie labiryntu sitowego i usunięto środkową muszlę. Po kilku dniach trzeba było, wobec

wzmagających się objawów, radykalnie zoperować lewą zatokę czołową. Po 3 dniach obrzmienie wzdłuż *sinus longitudinalis durae matris*. Nowa operacja: odsłonięcie zatoki drogą trepanacji czaszki; przy tej operacji znaleziono zewnątrz *durae matris* ropień. Po operacji stan chorego z każdym dniem się pogarszał, a po upływie 8 dni nastąpił — *exitus*. Sekcja wykryła: *tromboflebitis sinus longitudinalis i meningitis* wypukłej powierzchni mózgu. *K.*

BIBLJOGRAFJA.

Sammlung vou Vorträgen aus dem Gebiete der Zahnheilkude. *Wyd. przez prof.* **Wilhelma Pfaff'a**. *Nakład:* **Dyksche Buchhandlung.** *Leipzig (Teubnerstr. 16); wykłady w formie pojedynczych zeszytów wychodzą co 2—3 mies.*

Zeszyte 1. *Prof. Wilhelm Pfaff. Die Zahhnheilkunde in ihren Beziehung zu den Naturwissenschaften und der Medizin insbesondere der patholog. Anatomie und ihre Aufgaben für die Zukunft.* Str. 54. Cena Mk. 1.20.

Praca, wprawdzie, nie bardzo dużego rozmiaru, napisana przez wytrawnego i znanego badacza, treściwie omawia stosunek dentystyki do przyrodoznawstwa i ogólnej medycyny. Autor zwraca uwagę na trudności, jakie dawniej napotykały djagnostyka oraz terapja, których plany opierały się na nietrwałych podstawach; obecnie dzięki rozwojowi anatomji patologicznej, djagnostyka wkroczyła na właściwe tory; w rękach naszych mamy środki, które istotę i przebieg chorób zębów oraz sąsiednich narządów należycie wyświetlają. Że ogólna medycyna korzysta z dobrodziejstw naszej specjalności, jest to rzecz wiadoma (np. wprowadzenie eteru przez dentystę Mortona, jako środka znieczulającego do celów dentystyki i chirurgji).

Autor, omawiając anatomję porównawczą w stosunku do przyrodoznawstwa wogóle, zatrzymuje się na narządzie zębowym u różnych zwierząt, zwraca uwagę na znaczenie dla dentystyki badań antropologicznych pod względem ortogenetycznym (rozwoju osobnikowego, jednostkowego) i filogenetycznym (rozwoju rodzajowego). Nieco miejsca poświęcono badaniom nowoczesnym Adloffa, dotyczącym narządu zębowego człowieka okresu starodawnego i nowoczesnego. Badania te wykazują różnicę rasowych wogóle a poszczególnych form zębów w szczególności. Dalej uwzględniono zmiany wsteczne zębów,

któremi zajmowali się znani badacze, profesorzy Deppendorf i Röse. Omówiwszy wpływ cierpień ogólnych na narząd zębowy oraz wpływ chorób zębów na ogólny stan ustroju, przyczyny, sprzyjające powstawaniu próchnicy zębowej, transplantację i replantację zębów, istotę rezorbcji zębiny, zwapnienia miazgi, wytwarzania się zębiniaków i próchnicy, autor przechodzi do innych cierpień miejscowych i ogólnych (sprawy zapalne i nowotworowe), mających pewne znaczenie dla dentysty; rozpatruje on sposoby ich powstawania oraz szczegóły, dotyczące różnych objawów. Nieco miejsca poświęcono nieprawidłowościom w uzębieniu (w zgryzie, pod względem wielkości formy, budowy i rozmieszczenia poszczególnych zębów) oraz podniebienia (przestępców, degenerantów, idjotów, umysłowo upośledzonych i t. d.). W końcu omówiony jest narząd zębowy z punktu widzenia psychiki, estetyki i socjalnego (zdolność nowozaciężnych do służby wojskowej).

Dziełko napisane jest zwięźle; pomimo niewielkiego rozmiaru, zawiera ono dużo wiadomości, które dentystę interesować mogą; zobrazowano całokształt wymienionego w nagłówku tematu, którego nie poruszono w specjalnych podręcznikach dentystycznych.

Książkę czyta się dosyć łatwo, gdyż napisana jest językiem przystępnym. *K.*

Zeszyt 2. *Prof. Wilhelm Pfaff. Ueber die Entwicklung der Orthodontie, besonders in neuester Zeit und die Hauptaufgaben für die Zukunft.* Cena Mk. 1. Str. 37.

Autor mówi o rozwoju ortodontji, zwłaszcza w czasach nowoczesnych, oraz o głównych jej zadaniach w przyszłości, wypowiada szereg uwag, dotyczących tego działu dentystyki. Jako jeden z najpoważniejszych specjalistów-ortodontystów i autor poważnych prac w tej dziedzinie, prof. Pfaff wyświetla niektóre sporne sprawy, które są podstawą ortodontji.

„Wykład" prof. Pfaff'a podzielony jest na 4 części; obejmują one: 1) uwagi w sprawie poglądów Angle'a, 2) kwestję postępowania wogóle, zwłaszcza sposobu ciągnienia, 3) kwestję, czy osiągnięcie absolutnie normalnej artykulacji w każdym poszczególnym przypadku, uważane być może jako wynik ostateczny, jak to twierdzi Angle, wreszcie 4) wyjmowanie pojedynczych zębów do celów regulacyjnych.

Uwagi, dotyczące poglądów Angle'a (etjologji nieprawidłowości, wykładów ortodontycznych w uniwersytetach i t. d.), mają właściwie charakter polemiki. Badania etjologiczne muszą posiadać szersze podstawy, ponieważ znaczna liczba nieprawidłowości w zgryzie znajduje się w pewnym związku z anomaljami kości szczękowych. Tu odgrywają rolę nieprawidłowości odziedziczone, jak to często zauwa-

żyć się daje u dzieci w mlecznem uzębieniu. Nieprawidłowości, które autor napotykał u 9—14-letnich dzieci, w 75% przyp. miały tło dziedziczne. Istota ich, rzecz prosta, ma duże znaczenie przy traktowaniu każdego poszczególnego przypadku, jeżeli mamy liczyć na trwały wynik.

Dalej autor rozpatruje *istotę* i *cel* ortodontji. Termin „ortodontja" bardziej rzeczowo i trafniej określa: „nauka o nieprawidłościach zębów" (*Abnormitätenkunde der Zähne*) czyli „anomologja zębów" (*Anomologie der Zähne*). „Ortodontja" jako „prostowanie zębów" stanowi, wbrew twierdzeniu Angle'a i jego zwolenników, określenie mniej trafne

Kilka stron autor poświęca *formie wykładów ortodontji w zakładach naukowych.* Robi on nacisk, że specjalna wiedza z dziedziny fizyki, chemji, zoologji, anatomji, fizjologji, patologji w związku z embrjologją, histologji jak również podstawy rozwoju ustroju człowieka, celem rozpoznania niedorozwiniętych łuków zębowych *respective* studjowania szczek i zębów, są konieczne.

Co do traktowania poszczególnych przypadków, to, jak wiadomo, stosowane są różnego rodzaju przyrządy; każdy przypadek bezwarunkowo należy indywidualizować. Słusznie autor twierdzi: „Wer nur nach einer Methode arbeitet und nur diese für die allein wirkungsvolle und anwendbare erklärt, zeigt, dass seine Therapie nicht auf wissenschaftlichen Prinzipien beruht" (kto pracuje podług jednej tylko metody i tę jedynie uważa za zupełnie skuteczną i najbardziej stosowną, ten dowodzi, że terapja jego nie jest oparta na podstawach naukowych).

Sposób „ciągnienia" autor uważa za bardziej racjonalny, aniżeli działanie krętów (śrub).

W końcu prof. Pfaff jeszcze raz zwraca uwagę na stawiane przez Angle'a wymagania, stosownie do których koniecznem jest w każdym poszczególnym przypadku uzyskanie absolutnie normalnej artykulacji, a więc, aby każdy ząb zajął swe normalne miejsce anatomiczne.

Główną rzeczą przy prostowaniu zębów jest i pozostanie: zęby doprowadzić do takiego stanu, aby stykały się one i aby powierzchnie żujące i sieczne mogły spełniać swe właściwe funkcje; uzyskanie *absolutnego normalnego zgryzu* nie jest głównym celem postępowania; również zasadniczo nie należy odrzucać potrzeby wyjmowania pojedynczych zębów do celów regulacyjnych.

W końcu autor zaznacza, że w dziedzinie ortodontji, zwłaszcza pod względem etjologicznym, istnieją jeszcze pewne zasadnicze problematy, które należy rozwiązać. Powoli jednak gałąź ta naszej specjalności rozwija się, a owoce jej rozwoju zbieramy już obecnie.

Przyszłość wskaże jej właściwe miejsce w szeregu różnych gałęzi medycyny ogólnej. *K.*

Zeszyt 3. *Dr. F. Schoenbeck. Chemie und Physik als Hilfswissenschaften in der zahnärztlichen Technik.* Z 8 rysunkami. Cena Mk. 1.

Dziełko nieznacznych rozmiarów omawia w krótkich zarysach niektóre niezbędne wiadomości z dziedziny chemji i fizyki do celów techniki dentystycznej. Wiadomości te dotyczą; metali, ich charakterystyki, własności fizyczno - chemicznych, różnych stopni, rozpuszczalności w płynach j. ustnej, istoty siły molekularnej metali, ich rozszerzalności, sprężystości, stopów kompensacyjnych (Kompensationslegierung) i t. d.

Nieco więcej miejsca poświęcono spajaniu (lutowaniu) metali. Omówiono więc istotę tegoż, środki, stosowane przy tej manipulacji (rozpuszczające, żrące, redukujące i wykluczające działanie powietrza), różnego rodzaju łączna. Nieco obszerniej autor omówił galwanizowanie metali do celów dentystycznych, istotę działania prądu elektrycznego (teorja jonów), t. z. siłę elektromotoryczną, sposoby ustalania czasu trwania elektrolizy przy pewnem działaniu siły prądu do celów galwanicznych (przy pomocy pewnych formułek). Dalej podane są przepisy płynów, przeznaczonych do pozłacania (do kąpieli) oraz różne sposoby galwanizowania.

W końcu autor opisuje własności materjałów, używanych do wycisków; omówiono więc: chemiczne i fizyczne własności gipsu, sposoby przerabiania surowca drogą fabryczną, zalety tego materjału, środki, stosowane do celów zwalniania lub przyśpieszania twardnienia oraz inne materjały, używane do wycisków (wosk, żywica, specjalne masy i t. p.). Przytoczeniem prostego sposobu badania masy (pod względem możliwości kurczenia się) drogą mikrometryczną autor kończy swą pracę.

Dziełko, aczkolwiek nieznacznego rozmiaru, jest treściwie napisane i zawiera dosyć sporo wskazówek praktycznych. *K.*

Wskazówki praktyczne.

1) **Rozczyny do celów miejscowego znieczulania:**

1) Rp. Sol. adrenalini hydrochlor. (1 : 1000).—1.0
Cocaini hydrochlor. 0,05
Aq. destill. ad 10.0
S. $^1/_2$% rozczyn kokainowo-adrenalinowy.

2) Rp. Sol. adrenalini hydrochl. (1 : 1000)—1.0
Cocaini hydrochlor. 0,1 (—0,15)
Aq. destill. ad 10.0
S. 1 — 1½% rozczyn kokainowo-adrenalinowy (1 szpryca na raz).

2) **Plamy od rdzy** na bieliznie, (ręcznikach, serwetach i t. p.) usuwa się mieszaniną z 10 grm. kwasu winowego i 5 grm. ałunu sproszkowanego; mieszanina nie niszczy płótna *(Czasop. galic. t-wa aptek.)*.

3) **Niklowanie bez elektryczności**. Przyrządza się 4 rozczyny:

I. Rp. Kali carbonici 5,0
Aq. destill. 25,0

II. Rp. Acidi hydrochlorici cr. 2,0
Aq. destill. 1,0.

III. Rp. Cupri sulfurici 1,0
Aq. destill. 10,0
Acidi sulfurici q. s. aa
Clarificationem.

IV. Rp. Kali bitartaric. 20,0
Ammonii chlorati 10,0
Natrii chlorati 5,0.
Zinci chlorati 20,0
Niccoli ammon. sulfur. 50,0
Aquae aa 1000,0

Płyny I i II służą do oczyszczania przedmiotów, które mają być niklowane ; przy pomocy płynu III przedmioty pokrywa się miedzią, przyczem do rozczynu soli miedzianej wkłada się cynkową blachę i na tej stawia przedmiot, który chcemy niklować. Po przemyciu przedmioty naciera się lub smaruje rozczynem IV za pomocą pędzelka *(Farmacja)*.

4) **Kit do zębów** (zamiast kolodjumu):

Rp. Sandaraca 10,0
Mastiches 20.0
Alcoholi absolut. 30.0
Solve.

5) **Lakier do pokrywania modeli gipsowych**:

I. Rp. Saponis albi
Cerae albae aa 17.0

Aquae 1000.0

Coque usque ad solutionem.

II. Rp. Benzini 10.0

Stearini 1.0—2.0

(Farmacja).

6) **Przy nerwobólach pochodzenia zębowego** dr. Martinet zaleca następujący proszek burzący:

Rp. Morphii hydrochl. 0,01

Antipyrini

Kali bromati aa 0,6

Acidi citrici 2,0

Acidi tartarici 2,5

Natri bicarbonici

Sacchari lactis aa 5.0

(Presse Méd. Now. w Medycynie).

7) **Płukania do ust:** 1) Trae myrrhae 75,0; Trae cardamomi comp. 20,0; Trae cinchonae comp. 75,0; Spirit. caryophyll. 15,0; Eau de cologne 15,0; MDS. Łyżeczkę na szklankę letniej wody *(Nowoje w med.)*. 2) Płukanie z wodą utlenioną: Rp. Spiritus 90° 75,0; Mentholi 1,0; Thymoli 1,0; Hydrog. hyperoxydati medic. 180,0; Trae ratanhiae 5,0. MDS. Podług przeznaczenia *(Presse Medic.)*. 3) Płukanie eukaliptusowe: Rp. Ol. eucalypti 1,0, Ol. menthae pip. 2,0; Trae santali ligni 2,5; Trae eucalypti 25,0; Aq. destill. 219,0; Spir. vini 250,0. MDS. Jak zwykle.

8) **Popękanie i owrzodzenie warg**. Według prof. Bagińsky'ego (Therapie der Gegenwart 1—2 r. z. Now. lek. 9 r. u.) dobre wyniki daje nast. mieszanina: Zinci oxydati 20—25,0; Amyli., Acidi borici aa 3.0, Vaselini flavi 100,0.

9) **Toczeń śluzówki:** Rp. Resorcini, Talci pulv. aa 20,0; Mucil, gummi arab. ad 10,0; Bals. Peruviani 5,0. MDS. 6—8 razy dziennie pędzlować (Boeck. Now. Lek. 4. r. u.). *K.*

Kronika i sprawy zawodowe.

= **XI Zjazd lekarzy i przyrodników w Krakowie.** Prezydjum komitetu gospodarczego Zjazdu, który odbyć się ma w Krakowie w dniach

18 do 22 Lipca 1911 r. stanowią: przewodniczący prof. dr. Juljan Nowak, zastępcy: prof. dr. Edward Janczewski, prof. dr. Walery Jaworski, skarbnik prof. dr. Stanisław Dobrowolski, sekretarz generalny prof. dr. Ludwik Bruner. Komitetów gospodarczych sekcyjnych jest 14, a mianowicie: *I Sekcja filozoficzna* (profesorowie: Garbowski, Heinrich i Straszewski). *II Sekcja nauk ścisłych* (prof. Marchlewski, Ossowski, Rudzki, Witkowski, Ziobrowski, Żórawski). *III Sekcja mineralogji, geologji i geografji* (prof. Morozewicz, Grzybowski, Rozen, Smoleński, prof. Szajnocha Szwerenberg-Czerny). *IV Sekcja zoologiczno-anatomiczna* (prof. Godlewski (junior), Hoyer, Kostanecki, Maziarski, Siedlecki, Talko Hryniewicz). *V Sekcja botaniczna* (prof. Gutwiński, Raciborski, Rostafiński). *VI Sekcja rolnicza* (prof. Godlewski (senior), Jentys, dr. Mościcki, prof. Rogóyski, Surzycki). *VII Sekcja weterynaryjna* (dyr. Papée, dr. Rutkowski, dr. Zagaja). *VIII Sekcja farmaceutyczna* (mgr. Łuczko, Mikucki, Proń). *IX Sekcja medycyny teoretycznej* (prof. Browicz, Ciechanowski, Cybulski, Klecki). *X Sekcja chirurgji i ginekologji z naukami pokrewnemi* (prof. Kader, Łepkowski, Pieniążek, Rosner). *XI Sekcja medycyny wewnętrznej* (prof. Lewkowicz, Łazarski, doc. Męsowicz, prof. Pareński, Piltz, Reiss). *XII Sekcja medycyny publicznej* (dr. Bier, prof. Bujwid, dr. Janiszewski, Jem Landau, prof. Wachholtz). *XIII Sekcja okulistyczna* (prof. Majerski, Wicherkiewicz). *XIV Sekcja pracy lekarskiej* (prof. Ciechanowski, dr. Kwaśnicki).

Prezydjum komitetu gospodarczego zjazdu zwróciło się do komitetów sekcyjnych z odezwą, by w sekcjach były na zjeździe przedewszystkiem przedyskutowane ogólniejsze tematy naukowe odpowiednich dziedzin, stosownie do uchwały ogólnego komitetu organizacyjnego. W tym celu komitety sekcyjne mają wybrać w swych działach stosowne tematy i pozyskać po 2—3 referentów dla każdego tematu, którzyby na podstawie własnego doświadczenia mogli rzecz krytycznie przedstawić. Pożądanem jest, aby z 4 zwykłych posiedzeń sekcyjnych przynajmniej połowa była poświęcona takiej wyczerpującej dyskusji naukowej. Różne luźne spostrzeżenia i komunikaty, na które pozostałe posiedzenia mają być obrócone, powinny ile możności zawierać także dostateczne, wyczerpujące zestawienie dotychczasowych wyników badania. Referentów należy uprosić, aby krótką, ale wyczerpującą treść swych odczytów nadesłali pod wy-

mienionym adresem przed 1 maja 1911 komitetowi, celem wydrukowania i doręczenia uczęstnikom przed zjazdem.

Listy w sprawach, tyczących się komitetu gospodarczego, należy skierowywać pod adresem przewodniczącego prof. d-ra Juljana Nowaka (Kraków, ul. Św. Jana 20).

— **Cyrkularz Ministra Spraw Wewnętrznych** z d. 2 lipca (st. st.) 1910 r. za № 660. Zgodnie z uchwałą Rady Lekarskiej, przytoczoną w d. 1 czerwca (st. st.) r. ub za № 644, uważam za konieczne polecić do wykonania w stosunku do szkół dentystycznych, zakładów naukowych, kształcących felczerów i akuszerki obydwóch stopni, jak również szkół masażu, gimnastyki hygienicznej, leczniczej i pedagogicznej: 1) wykaz chorób i wad organicznych, które stanowić mogą przeszkodę przy przyjmowaniu uczniów do tych zakładów oraz 2) przepisy co do wydalania uczniów z tychże zakładów naukowych z powodu chorób, występujących podczas przechodzenia kursu.

O powyższem zawiadamiam Waszą Ekscelencję, załączając wyżej wymieniony wykaz oraz przepisy, i proszę Pana za pośrednictwem Urzędu Lekarskiego polecić administracjom wymienionych powyżej zakładów naukowych zastosowywać się od początku roku szkolnego przy przyjmowaniu uczniów do wykazu oraz przepisów w razie skonstatowania chorób pośród słuchaczów w ciągu kursu szkolnego.

Dodatek do cyrkularza Ministerjum Spraw Wewnętrznych w sekcji Zarządu Głównego Inspektora Lekarskiego z d. 2 lipca 1910 r. № 660:

1) Wybitne wyniszczenie ogólne i znaczne upośledzenie odżywianie się wskutek fizycznego niedorozwoju organizmu lub innych powodów.

2) Białaczka występująca w ostrej formie.

3) Cukrzyca.

4) Chroniczna malarja z ostrą niedokrwistością i powiększeniem narządów miąższowych.

5) Syfilis w okresie zaraźliwym.

6) Trąd, twardziel nosowa *(Rhinoscleroma)*,wilk *(Lupus vulgaris)* i różne postacie gruźlicy skórnej z owrzodzeniami na obnażonych częściach ciała.

7) Guzy (nowotwory) złośliwe.

8) Choroby skórne: 1) zakaźne—aż do ich wyleczenia: a) par-

chy (*Favus)*, b) różne rodzaje liszaja żrącega: głowy *(Herpes tonsurans)*, podbródka *(Sycosis)*, ciała (*Trychophytia corporis*), c) *Scabies*.

9) Niezaraźliwe formy chorób skórnych w tym przypadku, jeżeli zajmują ubnażone części ciała i sięgają b. znacznego rozprzestrzenienia się lub przeszkadzają w nauce.

= **W Senacie.** Tambowski gubernator, Muratow, powziął myśl rozszerzenia praktykowanej walki administracyjnej z warcholstwem (kramołą). Możność niedopuszczenia na zasadzie urojonej nieprawomyślności politycznej do pełnienia obowiąków wyborców wydała się Muratowowi zbyt ograniczoną i niezadawalniającą jego apetytu; zdecydował się więc rozszerzyć swój przywilej na prywatne zawody. Pierwsza próba w tym kierunku skończyła się na sprawie w Senacie, rozstrzygniętej w I-szym Departamencie Senatu.

Obecnie zamieszkujący w m. Kozłowie lekarz-dentysta Polak powziął zamiar otworzyć tam gabinet dentystyczny i wystąpił z odpowiedniem podaniem. Pomimo to, że zachowano wszelkie wymagane formalności, Polak otrzymał odmowę w sprawie otwarcia gabinetu. Odmowa nastąpiła wskutek decyzji gubernatora i umotywowana była tem, że podług wiadomości posiadanych przez gubernatora Polak jest politycznie nieprawomyślny. Do tego wniosku doprowadziły gubernatora wiadomości, zebrane przez ajentów, zgodnie z którymi Polak wykazał się wątpliwym w zawierusze w końcu 1905 roku.

W podanej skardze Polak znajduje, że motywy odmowy są bezzasadne.

Znaleźli się senatorowie, którzy wydali opinję w tym sensie, iż p. gubernator nie przekroczył granic wydanych mu plenipotencji. Inni jednakże zauważyli, że motywy odmowy, danej Polakowi na otwarcie gabinetu dentystycznego, pozbawione są podstawy prawnej. Odmowa w danym przypadku mogła nastąpić tylko w razie niezastosowania się Polaka do wymagań obowiązujących na zasadzie ogólnego i specjalnego medycznego prawodawstwa. Nie zostało stwierdzone, ażeby Polak dopuścił się takich przewinień, a zatem odmowa nie jest oparta na prawnych zasadach.

Zadecydowano zapytać o opinję Ministra Spraw Wewnętrznych, po otrzymaniu której sprawa będzie rozstrzyganą co do treści (Riecz, Zub. Mir 15 r. z.).

= **Liczba przedstawicieli medycyny w Rosji**. Zgodnie z ogło-

szonem sprawozdaniem o stanie zdrowia ludowego z r. 1908 („Otczot o sostojanji narodnawo zdrawia") Rosja liczyła w r. sprawozdawczym lekarzy 18,215, felczerów i felczerek — 23,128, akuszerek — 11,819, lekarzy-dentystów i dentystów—5094, farmaceutów—9381.

W r. b. liczba dentystów wynosi przeszło 6000.

= **Samobójstwo z powodu bólu zęba.** Francuski organ „L'Odontologie", cytując pismo angielskie „Daily Express", wzmiankuje o rzadkim przypadku samobójstwa wskutek bólu zęba. Pewna panna S. tak silnie cierpiała na ból zęba, że, doprowadzona do ostateczności, postanowiła pozbawić się życia, co też uczyniła.

= **Sąd doraźny**. W Petersburgu miało miejsce następujące zdarzenie. Do jednego z tamtejszych uczą̨stków policyjnych zwrócił się pewien pan ze skargą na dentystę X., który mocno go pobił przy pomocy stróża. Przy obdukcji lekarz policyjny stwierdził na twarzy skarżącego kilka siniaków. Śledztwo wykryło, że wspomniany dentysta zawezwał stróża, aby przy jego pomocy wyjąć z ust pacjenta dostawką zębową, za którą ostatni nie chciał zapłacić. Sprawę skierowano do sądu *(Żurnał Zubowraczewanja).*

= **Nową szczoteczkę** do czyszczenia szpryc do wstrzykiwań śróddziąsłowych, bardzo dogodną w użyciu, zaleca firma Reymond Frères et Co. Dental Depôt. Genewa.

= **Zmarł** redaktor czasopisma „Zahntechnische Rundschau" **dr. Gustaw Pawelz.**

= **Sprawa o wydanie niewłaściwego świadectwa lekarskiego.** Senat w drodze apelacji niedawno sądził następującą sprawę.

Do lekarza Hrynkiewicza zgłosił się włościanin Prusajtys i uzyskał świadectwo o chorobie niezgodne z rzeczywistością, które bez wiedzy lekarza złożył w celu uchylenia się od powinności wojskowej.

Izba sądowa uznała dr. Hrynkiewicza winnym wydania fałszywego świadectwa i skazała go na 2 miesiące aresztu na odwachu.

Od wyroku tego skazany odwołał się do senatu, twierdząc, że nieznany mu był występny cel włościanina.

Senat pozostawił jednak skargę bez skutku.

= **T-wo lekarzy polskich w Ameryce Północnej.** Podczas odbytego niedawno kongresu narodowego w Waszyngtonie doszło do skutku zorganizowanie Tow. lekarzy polskich w Ameryce Północnej, zainicjowane w r. 1900 przez prof. Ciechanowskiego. Do tej pory

w Ameryce Północnej było tylko jedno towarzystwo lekarskie polskie w Chicago. Na prezesa nowego towarzystwa, które objęło pieczę nad hygjeną polaków w Stanach Zjednoczonych A. P. wybrano dra Wagnera z Milwaukee, na wiceprezesa — d-ra Grabowskiego z Trenton, na sekretarzy—d-rów: Fronczaka z Buffalo i Lewandowskiego z Bostonu, na skarbnika — d-ra Łapowskiego z Nowego Jorku.

= **Ustalenie stanowiska lekarza-dentysty** przy dwóch ambulatorjach miejskich uchwaliła miejska sanitarno-lekarska rada w Baku. Pensja wynosi rb. 600 rocznie. Uchwała powyższa powstała wskutek wielkiej potrzeby pomocy dentystycznej wśród biednej ludności wspomnianego miasta.

= **Posada dentysty** przy szpitalu ziemskim w Petrowsku (gub. Saratowska) ma być ustalona w najbliższym czasie.

= **Ograniczenie.** W Rydze kierownikom szkół dentystystycznych, akuszeryjnych i felczerskich rozesłany został okólnik, zgodnie z którym należy ściśle przestrzegać 10% normę słuchaczy-żydów w tych zakładach („Riecz").

= **W sprawie panamy dentystycznej** pierwsze t-wo lekarzy-dentystów w Petersburgu podało Ministrowi Spr. Wewnętrznych odnośny memorjał.

= **Wypadek śmierci podczas chloroformowania.** „The Dental Record“ (I r. b.) komunikuje z opisu „Daily News“, że młoda kobieta zwróciła się do szpitala w Rais z prośbą o wyjęcie jej kilku zębów. Do znieczulenia użyto bardzo mało chloroformu. Chora zmarła w kilka minut po wyjęciu pierwszego zęba.

= **Kursy dla uzupełniających studjów dentystycznych w Warszawie.** W swoim czasie w „Kronice“ rzucona była myśl zorganizowania kursów uzupełniających z różnych dziedzin naszej specjalności oraz nauk z nią pokrewnych. Kursy te mają być urządzone wspólnym kosztem pewnej grupy lub kilku grup kolegów. Rzecz prosta, przy takiem ukonstytowaniu się kursów zyskałoby się na wydatkach. Ze składek zebrałaby się pewna kwota na opłacenie kierownika poszczególnego działu.

Projekt rzucony dojrzewał w pewnem gronie kolegów. Obecnie do zorganizowania takich kursów przyłączyli się kol.: Brunner T., Sztern B., Oyrzanowski K., Kon-Feldblumowa H., Fabianówna Z.

W celu urządzenia w Warszawie kursu ortodontji mamy zamiar zaprosić b. asystenta d-ra Körbitza, kol. W. Zawidzkiego. Dla kolegów z prowincji mogłyby być urządzone kursy dzienne, dla miejscowych zaś — wieczorne. Liczba słuchaczy dla jednej grupy wynosić może 10—15 osób. Opłata zależeć będzie od liczby uczestników jednej grupy. Zajęcia odbywać by się mogły za pewną minimalną opłatą przy jednej z lecznic dentystycznych ew. przy szkole dentystycznej, która bezsprzecznie nie odmówi swej gościnności. Z dziedziny innych działów naszej specjalności można będzie zaprosić odpowiednio wykwalifikowanych kolegów z zagranicy (z rekomendacji np. odnośnych profesorów). Ponieważ kursy takie trwałyby, prawdopodobnie, stosunkowo krótko, chętnych znalazłoby się.

Wykłady z innych dziedzin: syfilidologji z uwzględnieniem syfilisu j. ustnej, bakterjologji z uwzgl. bakter. j. ustnej, chirurgji szczegółowej j. ustnej (rozpoznanie różniczkowe nowotworów j. u.) i t. d. przez zaproszonych kierowników odbywać by się mogły w odnośnych klinikach szpitalnych, gdzie łatwiej byłoby o zademonstrowanie odpowiednich chorych lub preparatów.

Słusznie słyszeć się dają głosy kolegów, że uzupełniające kursy najodpowiedniej urządzić mogłoby T-wo Odontologiczne. Tak się dzieje we wszystkich towarzystwach i *to* właściwie wchodzi w zakres ich działalności. U nas jednak o takiem zainteresowaniu się nie słychać.

== **Śmiertelność wśród lekarzy w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie** wynosi 17, 14 na 1000. Średni wiek lekarzy—60 lat, długość praktyki przewyższa nieco 30 lat. Na 954 przypadki przyczynę zejścia śmiertelnego stanowiły: krwotoki mózgowe 179 przyp., zapalenie płuc 172, nerek 91, gruźlica w 90 przyp. 30 lekarzy umarło na raka, 37 na tyfus, 23 od zakażenia krwi, nabytego podczas sekcji lub operacji; cukrzyca — w 20 przyp., nieżyt żołądka — 20, zapalenie ślepej kiszki i opon mózgowych po 15 przyp., nieżyt oskrzeli—11, obłąkanie—11, dychawica, influenza, wiąd rdzenia, gościec stawowy, zgorzel—każde po 6 przyp. Liczba zejść nagłych wynosi 95, z których 36 odnosi się do zabójstw, 12 zaś do samobójstw. Wiek zmarłych waha się od 21 do 104 lat. 57 lekarzy dożyło do 60 lat, 75-ciu umarło w wieku od 66—68 lat, 596 dożyło do 70 lat, 241 do 80 lat, wreszcie 4 prze-

szło 100 lat, a jeden miał 104 lata („Journal of American medica Associatio").

= **Śmiertelność wśród lekarzy w Państwie Rosyjskiem**. W XVII sekcji XI Pirogowskiego zjazdu lekarzy rosyjskich, odbytego w Petersburgu (kwiecień r. b.), dr. Nowosielski, omawiając sprawę bytu lekarzy w związku z medycyną społeczną, zwrócił uwagę na śmiertelność wśród lekarzy w Cesarstwie. Procent śmiertelności wsród ludności męskiej w wieku 20—39 lat=8,25 pro mile, dla lekarzy zaś=8,74; w wieku 40—59 lat dla ludności męzkiej wogóle=18,27, a dla lekarzy =21,11 i w wieku po nad 60 lat dla męzkiej ludności = 61,50, a dla lekarzy=95,67. Z tego widać, że śmiertelność wśród lekarzy w Rosji we wszystkich okresach wieku jest wyższa, aniżeli śmiertelność ludności męzkiej wogóle, przytem zwiększanie się cyfry śmiertelności z wiekiem występuje znacznie intensywniej wśród lekarzy, aniżeli ludności męzkiej wogóle, co najwybitniej wychodzi na jaw w późniejszym wieku, poczynając od lat 60. Tymczasem w Zachodniej Europie śmiertelność śród lekarzy jest niższą od średniej śmiertelności ludności męskiej w tym samym wieku wogóle. lecz znacznie wyższą od śmiertelności przedstawicieli innych niewyzwolonych zawodów. Pod względem intensywności z pośród rozmaitych przyczyn śmierci lekarzy w Zachodniej Europie wyróżniają się choroby nerwowe i umysłowe, samobójstwa, choroby wątroby i tabes; bardzo mały zaś procent lekarzy w Zachodniej Europie umiera z przyczyny chorób dróg oddechowych i gruźlicy. Pod względem intensywności z pośród różnych przyczyn śmierci lekarzy w Rosji szczególniej wyróżniają się: tyfus plamisty, choroby nerwowe i umysłowe oraz samobójstwa; ostatnie są daleko częstsze śród lekarzy rosyjskich, aniżeli lekarzy Zachodniej Europy. Wysoki procent śmiertelności rosyjskich lekarzy zależy od przyczyn charakteru zawodowego, od ogólnych niepomyślnych warunków życia ludności Rosji wogóle i specjalnie niepomyślnych warunków życia i działalności rosyjskiej inteligencji, której jednym ze składowych elementów są właśnie lekarze.

= **Liczba szkolnych klinik dentystycznych w Niemczech** coraz bardziej się zwiększa. W ostatnich czasach zarządy miast w Norymberdze i Schönbergu uchwaliły otworzyć podobnego rodzaju polikliniki. Zaangażowani do zarządzania nowemi instytucjami dentyści nie mają prawa zajmować się prywatną praktyką. Budżet roczny kliniki

dentystycznej w Norymberdze wynosi blizko rb. 12,000. Do sumy tej włączone są wydatki na zakup całkowitego urządzenia zakładu.

= **Związek dentystyczny organizuje się w Brazylji.** Nowa instytucja postawiła sobie za cel obronę spraw zawodowych, walkę o reformę studjów dentystycznych, propagowanie hygieny jamy ustnej i zębów, organizację pomocy dentystycznej w szkołach, szpitalach, więzieniach i t. p. Związek ma zamiar drogą parlamentu przeprowadzić odnośne prawo o reglamentacji zawodu dentystycznego i opracować normy prawne, dotyczące praktyki dentystycznej.

= **Studentki na uniwersytetach polskich** w Galicji stanowią poważny procent ogółu słuchaczów tych wszechnic, liczba ich wynosi bowiem 727. Z tej liczby wszechnica krakowska posiada 371 studentek, lwowska 356. Na wydziale filozoficznym w Krakowie studjuje 129 słuchaczek zwyczajnych, 112 nadzwyczajnych i 72 tak zw. hospitantek, na wydziale medycznym zaś 44 słuch. zwycz. i 7 hospitantek. We Lwowie na wydziale filozoficznym zapisanych jest 132 słuchaczy zwycz., 155 nadzw. i 32 hosp., na wydziale filozoficznym zapisanych jest 132 słuch. zwycz., 155 nadzw. i 32 hosp., na wydziale medycznym 37 słuchaczek zwyczajnych. *(Zdrowie.)*

Medycyna w Chinach. Lekarze chińscy rozpoznają choroby prawie wyłącznie na podstawie tętna. Z tętna wnoszą, czy dany chory cierpi na śledzionę, wątrobę, serce, jakąkolwiek skazę ogólną, a nawet, czy cierpi na zmiany w układzie nerwowym. To też nigdy chorego nie wypytują, ale dokładnie i długo badają tętno. Lekarz europejski Jerusalemy, bawiąc w Szangaju, zaciekawiony, ile w tem prawdy, udał się do jednego z najbardziej wziętych lekarzy chińskich, zamieszkującego w tem mieście i który kieruje szpitalem podmiejskim, zbudowanym z nadzwyczajnym komfortem.

Każdy chory, wstępujący do szpitala, musi złożyć swoje łachmany i wziąć kąpiel, poczem kładzie się na bambusowe łóżko, otrzymawszy amulet, który przez cały czas pobytu w zakładzie musi pilnie strzedz. Lekarz chiński, badając chorego, chwyta go za ramię, układa na małej poduszeczce, następnie opiera swe palce na tętnicy promieniowej chorego i śledzi uważnie tętno przez 10—15 minut. Tętno wolne oznacza błąd w *„cieple życiowem,“* przeciwnie—tętno skaczące dowodzi złego składu soków, nieregularne — napływu krwi do trzew, a wreszcie tętno miękke jest oznaką zaburzeń w krą-

żeniu. Badanie tętna uzupełnia się oglądaniem języka. Tego dokonawszy, zaleca lekarz chiński leczenie niezmiernie proste. Chińczycy mają największe zaufanie do niektórych roślin leczniczych i owoców.

Przeważnie z owoców wyrabiają lekarze chińscy lecznicze ulepki: sercowy, piersiowy, żołądkowy, czyszczący i t. d. Owoce wodniste, zdaniem ich, wypędzają z ustroju złe *wapory* (choroby nerwowe), owoce słodkie rozszerzają serce i ułatwiają krążenie, owoce kwaskowate zapobiegają przekrwieniu trzew, a oleiste wzmacniają ustrój. Pozatem prócz leczenia owocowego lekarze chińscy wzbraniają wszelakiego jadła i napoju. (*Przegl. lek.)*

═ **Hojna ofiara**. Niewiadomy dobroczyńca do rozporządzenia „British Dental Association" ofiarował 1,600,000 rb. w celu uprzystępnienia leczenia zębów dzieci niższych szkół ludowych. Leczenie ma być dokonywane za minimalną dopłatę w specjalnych instytutach, które mają być otwarte w Londynie i 300 innych miastach Anglji. Prócz tego odbywać się mają odczyty popularne z dziedziny hygieny zębów i jamy ustnej.

═ **Rada Lekarska** uznała za możliwe dozwolić na przywóz do Rosji dla sprzedaży w aptekach bez recept lekarzy i składach aptecznych do zastosowania zewnętrznego na wzór eliksirów, past do zębów i innych środków do jamy ustnej, preparatów: 1) *Pergenolum medicinale pulvis*, 2) *Pergenolum medicinale in tabletten*, 3) *Pergenolum-Mundwasser-Pulver*, 4) *Pergenolum-Mundwassertabletten* i 5) *Pergenolum-Mundpastillen*, z warunkiem, ażeby te środki nie były zaopatrzone w reklamy, nie odpowiadające rzeczywistym ich własnościom.

Skład chemiczny tych preparatów, stosownie do deklaracji, jest następujący: 1) Pergenol: natrium perboricum 37%, natrium bitartaricum 63%;

2) Pergenol w pastykach: natrium perboricum 28,5%, natrium bitartaricum 64%, natrium bicarbonicum 7,5%, każda pastylka waży 0,5 grm.;

3) proszek do płukania ust — *Mundwasser-Pulver-Pergenol:* natrium perboricum 37%, natrium bitartaricum 62,5%, ol. menthae pip. 0,5%;

4) Pastylki do płukania ust: *Pergenol-Mundwassertabletten*: na-

trii perborici 28,5%, natrii bitartarici 64%, natrii bicarbonici 7%, ol. menthae 0,5%. Pastylki mają wagę 0,5;

5) Pastylki do ust: *Mundpastillen-Pergenol*: natrii perborici 5,5%, acidi citrici 3,5%, sacchari 91%, ol. menthae 0,05%.

(Wiestnik obszcz. gigieny, sudiebnoj i prakt. med. 9,10 r. z.)

= **Pierwszy zjazd lekarzy prowincjonalnych** Królestwa Polskiego odbędzie się w Łodzi, w dn. 4 i 5 czerwca 1911 r.

Zjazd został zainicjowany przez Łódzkie towarzystwo lekarskie, które w roku przyszłym obchodzi 25-lecie swego istnienia.

Pozwolenia na zjazd udzielono pod warunkiem, by „na miesiąc przed otwarciem zjazdu zakomunikowano władzom gubernjalnym piotrkowskim szczegółowy program odczytów i innych czynności zjazdu."

Do komitetu organizacyjnego zjazdu towarzystwo powołało lekarzy: W. Chodźkę, Ks. Jasińskiego, W. Jasińskiego, M. Kaufmana, A. Kruschego, J. Maybauma, J. Michalskiego, A. Pańskiego, L Przedborskiego. S. Sterlinga i Trenknera.

Pierwszą czynnością komitetu było rozesłanie do wszystkich towarzystw lekarskich prowincjonalnych odezwy, w której prosi o zorganizowanie podkomitetu zjazdowego, z trzech osób złożonego, któryby: 1) zyskiwał prelegentów, 2) członków zjazdu, 3) był łącznikiem między komitetem organizacyjnem a ogółem lekarzy danej prowincji Królestwa.

Nowa literatura.

Reinmöller J. Die Pflege des Mundes und der Zähne. München. Mk. 0.50.

Prof. Finger L. (Wiedeń). Syfilis połosti rta. Tłum. rosyjskie z niem. d-ra Gławcze. Odesa (Greczeskaja, 12) Cena rb. 1.

Gławcze E. dr. Kratkaja schema uczenja o syfilisie. *Ibid.*

Jessen doc. Lehrbuch der praktischen Zahnheilkunde, 2 Aufl. Mk. 6.

Scheff Jul. (jun.) Die Extraction der Zähne. Mk. 3.50.

Schnitzler J. Beiträge zur Kazuistik der branchiologen Fisteln und Cysten. Mk. 1.00.

Dr. Angel's System der Zahnregulierungen und Behandlungen von Kieferbrüchen. Neueste verb. Auflage. Mk. 3.

Dr. Knap's System der Zahnregulierung mittelst fertiger Richtmaschienen. Neueste verb. u. erweiterte Aufl. Mk. 2.

Egner A. Aluminium-Arbeiten für Zahnärtzte. Mk. 3.

Jung C. prof. Lehrbuch der zahnärzlichen Technik. 2 Aufl. Mk. 6.50.

Jung C. prof. Das Füllen der Zähne. Mk. 7.

Witzel Jul. Ueber Zahnwurzelcysten, deren Enstehung. Mk. 2.50.

Miller W. D. prof. Lehrbuch der konservierenden Zahnheilkunde, II Wyd. prof. Dieck'a. Berlin. Mk. 15.

Dawki najwyższe środków lekarskich nowowprowadzonych w użycie i niektórych dawniejszych. Ułożone i wyd. staraniem T-wa Farmaceutycznego Warszawskiego. Rb. 1.50.

Lustig S. dr. (Budapeszt). Die Cemente in der Zahnheilkunde. Mk. 1.

Röse prof. (Drezno). Beiträge zur europäischen Rassenkunde und die Beziehung zwischen Rasse und Zahnverderbniss. Mk. 3.

Smreker E. (Wien). Handbuch der Porzallanfüllungen und Goldeinlagen. I cz. Mk. 15.

Jung C. prof. Laboratoriumskunde des Zahnarztes. Mk. 3.50.

Guttmann G. (Wrocław). Die Technik der Harnuntersuchung und ihre Anwendung in der zahnärztlichen Praxis. Mk. 2.75.

Pöhn Edm. Compendium des Goldfüllens. Mk. 3.

Godon Ch. et Frietean Ed. Clinique des maladies de la bouche et des dents. II ed. Paris. Fr. 3.

Redier J. prof. (Lille). Traité theorique et pratique de la carie dentaire II ed. Paris. Fr. 7.

Breitbach (Drezno). Die Zahnpflege. Mk. 0.25.

Kowler A. L. Compendium der Allgemeinen Zahnheilkunde in Fragen und Antworten. Mk. 3.

Herpin A. Evolution de l'os maxillaire inferieur. Paris. Mk. 2.

Reich Dr. Das irreguläre Dentin der Gebrauchsperiode. Jena. Mk. 6.

Pawlinow H. O zubach. Petersb.

Siebert K. Ueber stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Izoformzahnpasten. Lipsk.

Jessen. Merkbüchlein für Zahnpflege. Berlin. Mk. 0.20.

Schleich prof. Schmerzlose Operationen. Berlin. Mk. 6.

Busch F., Die Extraktion der Zähne, ihre Technik u. Indikations-Stellung mit Einschluss der Betäubung u. örtlichen Gefühllosigkeit. Berlin. Mk. 2.

Gysi A., Beitrag zum Artikulationsproblem. Berlin. Mk. 6.

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski**.

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 64.